

(Desglosar por favor. Mantenga para sus constancias.) para uso oficial solamente \_\_\_\_\_

Junta de Indeminizacion de Danos de Delitos de Maryland  
Suite 206, Plaza Office Center ♦ 6776 Reisterstown Road ♦ Baltimore, MD 21215-2340  
410-585-3010 or 1-888-679-9347 fax 410-764-3815 www.dpscs.state.md.us/cicb

### Solicitud para compensacion de una victima de delito

(Por favor escriba claramente en letra de imprenta en tinta azul/negra y llene el anverso y reverso)

Victima: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_  
(nombre) (inicial) (apellido)

Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad y Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masc. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_

Reclamante: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_  
(si victima es menor de edad o fallecida)

Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad y Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masc. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_ Parentesco con la Victima: \_\_\_\_\_

Fecha del delito: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

Lugar del incidente: \_\_\_\_\_

Nombre de los culpables (si se conocen): \_\_\_\_\_ Parentesco con los culpables (si existe): \_\_\_\_\_

Breve descripcion del delito: \_\_\_\_\_

Fecha en que la policia fue informada del delito: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

Si no se hizo el informe dentro de 2 dias, explicar por que: \_\_\_\_\_

Que departamento de policia?: \_\_\_\_\_ Reclamo No.: \_\_\_\_\_

Fue arrestado el culpable? Si/No \_\_\_\_\_ Ha sido emitida una orden de arresto? Si/No \_\_\_\_\_

Ha comenzado el enjuiciamiento del culpable? Si/No \_\_\_\_\_ Nombre de Juzgado: \_\_\_\_\_ Caso No.: \_\_\_\_\_

Resolucion en el caso: \_\_\_\_\_

Restitucion si la hay y monto pagado hasta la fecha: \_\_\_\_\_

Si se solicita por perdida de salarios: \_\_\_\_\_

Denominacion comercial del empleador \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Codigo Postal \_\_\_\_\_

Tiempo perdido: De \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Recibio Ud. o recibe algun tipo de sosten? (licencia por enfermedad/vacaciones anuales, incapacidad, compensacion a trabajadores, etc.)? \_\_\_\_\_

Descripcion de las lesiones: \_\_\_\_\_

Nombres de hospitales, medicos, dentistas que dieron tratamiento (Send copies of all bills if available)

Nombre	Direccion	Ciudad/Estado/Codigo Postal
--------	-----------	-----------------------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Para los casos de homicidio, incluya una copia del certificado de defuncion y cuentas detalladas de servicios funebres como asi tambien lo siguiente:

Nombre de funeraria \_\_\_\_\_ No. de telefono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Total de gastos funerarios: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada por reclamante: \_\_\_\_\_

Cantidad pagada por terceros: \_\_\_\_\_ Saldo debido a funeraria: \_\_\_\_\_

Recibio Ud. algun otro beneficio como resultado de la muerte de la victima? \_\_\_\_\_ Si/No \_\_\_\_\_

Si la contestacion es "si", describa: \_\_\_\_\_

**Indicar si el reclamante/victima estaba cubierto(a) por cualquiera de los siguientes beneficios:**

<b>Seguro medico</b>	Si/No	Aseguradora: _____ Poliza No. _____
<b>Asist. medica/Medicare</b>	Si/No	Cuenta No.: _____
<b>Beneficios de Seguro Social</b>	Si/No	
<b>Seguro de vida</b>	Si/No	Aseguradora _____
<b>Otros</b>	Si/No	Monto pagado a sobrevivientes (en su casa) _____

**Perdida para el mantenimiento de un niño, adjuntar copia de la partida de nacimiento y si corresponde, extracto Beneficios de Sobreviviente de Seguro Social.**

<b>Nombre de Dependientes</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Tutor (si es menor)</b>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Si se solicita por perdida de salarios: Recursos economicos disponibles para reclamante/victima (incluyendo conyuge)**

Salarios/sueldos \$ \_\_\_\_\_  
Rentas por trabajo a cuenta propia \$ \_\_\_\_\_  
Manutencion ninos \$ \_\_\_\_\_  
Otros \$ \_\_\_\_\_

**Opcional:**

**La informacion siguiente acerca de la victima es usado unicamente para fines estadisticos. Se usa solo par cumplir con reglamentacion federal.**

**Raza:**  Blanca  Negra  Hispanica  India Americana  Isleno del Pacifico/Asiatico  Otra  
**Nombre de pais de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Quien lo refirio:**  Policia  Fiscal  Programa Asistencia a Victimas  Hospital  Abogado  Pancarta/Panfleto  
 Otro

**Representacion por abogado:** (de llenarse solo si hay representacion de abogado para este reclamo)

Nombre de abogado (apellido, nombre, inicial) \_\_\_\_\_

Numero de telefono y de FAX \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Codigo Postal \_\_\_\_\_

El reclamante declara que no ha dado descargo o ha transigido con terceros que pudieran ser responsables por danos al reclamante basados en el incidente descrito en esta reclamacion. Si el reclamante llegara a recibir alguna adjudicacion de la Junta de Compensacion por Danos Criminales como resultado de esta peticion y luego llegara a recobrar danos o pagos de terceros, el reclamante se compromete a pagar a la mencionada Junta el monto de tal adjudicacion hasta el monto de tal pago.

El reclamante autoriza a cualquier proveedor de cuidados de salud, empleador, autoridades del orden publico, tribunales, companias de seguros, instituciones financieras, agencias del gobierno estatal o federal u otras entidades o personas que tuvieran informacion pertinente de comunicar esta informacion a la Junta de Compensacion para los fines de evaluar los meritos de esta reclamacion. El periodo de esta autorizacion se extendera hasta la finalizacion de todos los tramites de procesamiento y determinacion del reclamo, incluyendo apelaciones ante cualquier otra agencia o tribunal. El reclamante tambien se declara de acuerdo para que las estadisticas e informacion relacionadas con el reclamo pueden ser dadas a luz para fines de publicacion, procesamiento, como repuesta a cualquier entidad legislativa, ejecutiva o judicial estatales o federales dentro de las limitaciones impuestas por ley. El reclamante especificamente renuncia a cualquier necesidad de notificacion de cualquier peticion hecha a posibles fuentes de informacion.

El reclamante consiente al pago de cualquier adjudicacion por deudas surgidas como resultado de este reclamo y que los pagos correspondientes sean hechos directamente a los proveedores de cuidados de salud, empresas funerarias, o abogados, segun corresponda.

El (la) que suscribe declara formalmente bajo penalidades de perjurio, que la informacion y las declaraciones dadas en este reclamo son veraces y correctas a su mejor saber y entender.

**Firma del reclamante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_